

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ



<https://doi.org/10.17238/2072-3180-2021-4-30-34>

УДК 616.366-002, 616.366-089

© Пономарев А.В., Черкасов М.Ф., Бондаренко В.А., Турбин М.В., Красенков Ю.В., Меликова С.Г., Бондаренко И.В., 2021

Оригинальная статья / Original article

КЛИНИЧЕСКАЯ «МАСКА» ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

А.В. ПОНОМАРЕВ², М.Ф. ЧЕРКАСОВ¹, В.А. БОНДАРЕНКО^{1,2}, М.В. ТУРБИН^{1,2}, Ю.В. КРАСЕНКОВ^{1,2},
С.Г. МЕЛИКОВА¹, И.В. БОНДАРЕНКО²

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 344022, Ростов-на-Дону, Россия

²МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» города Ростова-на-Дону, 344068, Ростов-на-Дону, Россия

Резюме

Введение. Холецистокардиальный синдром это симптомокомплекс, характеризующийся изменением нормальной сердечной деятельности, на фоне патологических процессов, связанных с гепатобилиарной зоной.

Цель исследования: демонстрация клинического случая лечения пациента с острым инфарктом миокарда и острым деструктивным холециститом. **Материалы и методы.** В настоящей работе представлен клинический опыт диагностики и лечения пациента 57 лет с холецистокардиальным синдромом. Основными жалобами являлись: острые боли в области правого подреберья, развившиеся после погрешности в диете, в эпигастральной области, не купирующиеся приемом спазмолитиков. В условиях приемного отделения у пациента был диагностирован острый холецистит.

Результаты. Пациенту в связи с флотирующим тромбом ствола левой коронарной артерии выполнено стентирование, по стабилизации состояния, через 2 дня, в связи с сохраняющейся клиникой острого холецистита, проведена лапароскопическая холецистэктомия. Послеоперационный период проходил без осложнений. При осмотре пациента совместно с кардиологом через 1, 6 и 12 месяцев после операции каких-либо осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не обнаружено, по данным УЗИ органов брюшной полости – признаки диффузных изменений паренхимы печени.

Выводы. Данный синдром является опасной «маской», своевременная диагностика, распознавание «маски» позволили избежать трагического исхода.

Ключевые слова: холецистит, острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, холецистокардиальный синдром

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Пономарев А.В., Черкасов М.Ф., Бондаренко В.А., Турбин М.В., Красенков Ю.В., Меликова С.Г., Бондаренко И.В. Клиническая «маска» при остром холецистите. *Московский хирургический журнал*, 2021. № 4. С. 30-34 <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2021-4-30-34>

Вклад авторов:

Все авторы внесли существенный вклад в данное исследование, одобрили окончательную версию работы и согласились с представлением ее к публикации.

CLINICAL «MASK» IN ACUTE CHOLECYSTITIS

ALEKSANDR V. PONOMAREV², MIHAIL F. CHERKASOV¹, VADIM A. BONDARENKO^{1,2}, MIHAIL V. TURBIN^{1,2},
YURIJ V. KRASENKOV^{1,2}, SABINA G. MELIKOVA¹, IGOR V. BONDARENKO²

¹The Rostov State Medical University, 344022, Rostov-on-Don, Russia

²Urban Emergency Hospital Rostov-on-Don, 344068, Rostov-on-Don, Russia

Abstract

Introduction. Cholecystocardial syndrome is a symptom complex characterized by a change in normal cardiac activity against the background of pathological processes associated with the hepatobiliary zone.

Aim of the study: demonstration of a clinical case of treatment of a patient with acute myocardial infarction and acute destructive cholecystitis.

Materials and methods. This paper presents the clinical experience of diagnostics and treatment of a 57-year-old patient with cholecystocardial syndrome. The main complaints were: acute pain in the right hypochondrium, epigastric region, compressive pain behind the breastbone radiating to the upper left extremity, nausea, shortness of breath. The patient was diagnosed acute myocardial infarction in the emergency room.

Results. The patient underwent stenting about floating thrombus of the left coronary artery trunk, after stabilization of his condition in 2 days due to continuing clinical picture of acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy was performed. Postoperative period was without complications. After examination of the patient with the cardiologist in 1, 6 and 12 months after the operation, no complications from the cardiovascular system were found, according to ultrasound study of the abdominal organs, there were signs of diffuse changes in the liver.

Conclusion. This syndrome is a dangerous "mask", timely diagnosis, allowed to avoid severe complications.

Key words: cholecystitis, acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, cholecystocardial syndrome

Conflict of interest. There is no conflict of interest.

For citation: Ponomarev A.V., Cherkasov M.F., Bondarenko V.A., Turbin M.V., Krasenkov Yu.V., Melikova S.G., Bondarenko I.V. Clinical «mask» in acute cholecystitis. *Moscow Surgical Journal*, 2021, № 4, pp. 30-34. <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2021-4-30-34>

Contribution of the authors:

All authors made significant contributions to this study, approved the final version of the work and agreed to submit it for publication.

Введение

Холецистокардиальный синдром (ХКС) это симптомокомплекс, который характеризуется изменением нормальной сердечной деятельности на фоне патологических процессов связанных с гепатобилиарной зоной.

История изучения ХКС связана с именем знаменитого русского ученого С.П. Боткина, который сам страдал желчнокаменной болезнью. В своих трудах он отмечал, что при нарушениях со стороны сердечно-сосудистой системы и обтурации камнем пузырного протока боли в правом подреберье могут отсутствовать [1].

В настоящее время подробно описано несколько механизмов развития холецистокардиального синдрома (рефлекторное влияние, изменение метаболизма и инфекционно-токсическое воздействие на миокард и др.) [2, 3]. Но, несмотря на это, до сих пор не утихают споры о связи острых и хронических заболеваний билиарного тракта и сердечно-сосудистой системы, как и отсутствует единое мнение о правомерности выделения ХКС.

Цель исследования – демонстрация клинического случая лечения пациента с острым инфарктом миокарда и острым деструктивным холециститом.

Материалы и методы

В данной работе представлен клинический опыт лечения пациента с острым инфарктом миокарда и острым деструктивным холециститом. Пациент мужского пола 57 лет, поступил в приемное отделение МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону» с жалобами на острые боли в области правого подреберья и эпигастральной области.

Анамнез заболевания: пациент отметил указанные жалобы около 6 часов назад, когда после погрешности в диете (употребление жирной и жареной пищи) отметил появление болей в животе, в качестве лечения пациент использовал препараты в таблетированной форме: метамизол натрия («Анальгин»), дроваверин («Но-шпа»), однако, состояние имело отрицательную динамику, что послужило причиной вызова скорой помощи.

Из анамнеза жизни известно, что около 10 лет страдает артериальной гипертензией с повышением цифр систолического артериального давления до 190 мм рт. ст. В анамнезе язвенная болезнь желудка (со слов пациента), гепатит С, алкоголизм. На момент обращения пациент не предоставил выписки. По указанным патологиям пациент не наблюдается у специалистов, лечение не получает.

Локальный статус: живот правильной формы, не вздут, при пальпации напряжен в эпигастральной области, правом и левом подреберьях, в тех же областях острые боли при пальпации, боли покоя в эпигастральной области. Симптомы Орнтера, Кера, Пекарского, Мюсси-Георгиевского – положительные.

В условиях приемного отделения произведено обследование пациента:

- Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: желчный пузырь 62*30мм, грушевидной формы, стенки уплотнены, в полости множество эхо (+) структур, дающих мощную эхотень. Поджелудочная железа – размеры не увеличены, форма обычная, контуры неровные, эхогенность повышена. Эхоструктура диффузно-неоднородная. Заключение: желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит, хронический панкреатит.

- Эзофагогастродуоденоскопия: дуодено-гастральный рефлюкс, умеренно выраженный гастродуоденит.

- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: легкие без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурны. Плевральные синусы свободны. Купол диафрагмы с четким контуром. Срединная тень без особенностей.

- Рентгенологическое исследование органов брюшной полости: горизонтальные патологические уровни жидкости и свободный газ не определяются.

- Электрокардиограмма (ЭКГ): феномен ранней реполяризации миокарда передней перегородочной и верхушечной области. Острой коронарной патологии и данных за острый инфаркт миокарда не выявлено.

- Лабораторные показатели: лейкоциты – $9,6 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 11 %. Общий билирубин – 40,85 мкмоль/л.

На основании полученных данных установлен диагноз – острый холецистит.

Назначена консервативная терапия – инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная. На фоне проводимой консервативной терапии, у пациента отмечена незначительная положительная динамика – снижение болевого синдрома. На следующий день после поступления пациент отметил ухудшение состояния – появление одышки, слабости, болей за грудиной. Заподозрена кардиальная патология, назначено дообследование: ЭКГ, тропониновый тест, консультация кардиолога.

По данным ЭКГ: очаговые изменения передне-перегородочной области. Тропониновый тест – положительный. Консультация кардиолога: Ишемическая болезнь сердца. Острый трансмуральный инфаркт миокарда переднеперегородочной области. Гипертоническая болезнь II стадия, 3 степень, риск 3.

Пациент госпитализирован в отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (РХМДЛ) для оперативного вмешательства в объеме коронарографии и возможным выполнением баллонной ангиопластики и стентированием коронарных артерий.

Результаты

При выполнении коронарографии выявлено: левая коронарная артерия (ЛКА): флотирующий тромб ствола ЛКА; правая коронарная артерия (ПКА): нормокоронарография.

По данным результата коронарографического исследования принято решение о выполнении эндоваскулярного вмешательства в бассейне ЛКА как инфарктозависимой артерии, стентирование и тромбоаспирация.

Состояние пациента со стороны кардиальной патологии с положительной динамикой.

Через 2 дня у пациента отмечено усиление болей в правом подреберье, в лабораторных показателях: лейкоциты – $21,1 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 3 %, общий билирубин – 33,85 мкмоль/л.

Учитывая нарастание клиники острого холецистита, пальпируемый инфильтрат в правом подреберье, отрицательную динамику в лабораторных показателях (нарастание лейкоцитоза) принято решение об оперативном лечении. Пациент переведен в хирургическое отделение. В связи с данными ультразвукового исследования (мощная эхотень в проекции желчного пузыря, множество мелких конкрементов размерами до 6 мм), а также учитывая повышенный уровень общего билирубина, решено выполнить лапароскопическую холецистэктомию, дренирование холедоха.

Выполнена лапароскопия. При ревизии выявлено: в подпеченочном пространстве инфильтрат, образованный желчным пузырем, 12-перстной кишкой, прядью большого сальника, круглой связкой печени. Тупо и остро инфильтрат разделен. При разделении инфильтрата вскрылся подпеченочный абсцесс до 200 мл, эвакуирован электроотсосом, отделяемое взято на

бактериологическое исследование. Желчный пузырь черной окраски, напряжен, покрыт фибрином. Холедох до 5 мм, не напряжен, пальпаторно конкременты не определяются. Выделен пузырный проток, перевязан, пересечен. Выделена пузырная артерия, коагулирована, пересечена. Холедох дренирован через пузырный проток по Пиковскому. Выполнена интраоперационная холангиография – без патологии. Длительность операции составила 55 мин. Установлены дренажи в брюшную полость (трубчатый дренаж и резиновый выпускник).

Послеоперационный диагноз: острый обтурационный гангренозный холецистит (результат патоморфологического исследования № 11995-98 – гангренозный холецистит). Подпеченочный абсцесс.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Дренажная трубка удалена из брюшной полости на 2-е сутки после операции, резиновый выпускник на 4 сутки послеоперационного периода. Дренаж холедоха после контрольной фистулохолангиографии на 5 сутки послеоперационного периода перевязан (рекомендовано удалить на 21 день послеоперационного периода амбулаторно). Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Срок лечения пациента в больнице составил 12 койко-дней. Пациент выписан на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга и кардиолога в поликлинике по месту жительства.

В послеоперационном периоде совместно с кардиологом проводился отдаленный мониторинг пациента через 1, 6 и 12 месяцев после операции (ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости), каких-либо осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной системы не обнаружено. На УЗИ органов брюшной полости признаки диффузных изменений паренхимы печени.

Обсуждение

В литературных источниках, как российских, так и зарубежных, частота развития ХКС при заболеваниях билиарной системы заметно различается (от единичных случаев до 70 %).

Несмотря на достигнутые в последние десятилетия существенные успехи в диагностике и лечении больных с заболеваниями гепатобилиарной зоны, на практике по-прежнему встречаются сложные ситуации, вызванные, главным образом, чрезвычайном многообразием клинической картины патологии, которая может быть обусловлена специфической «маской» заболевания. Кардиальные проявления билиарной патологии могут включать в себя не только кардиалгию, подчас весьма интенсивную, требующую исключения стенокардии или даже инфаркта миокарда, но и нарушения ритма сердца, гемодинамических показателей, изменений на электрокардиограмме [4, 5]. При определении тактики лечения пациентов с ХКС важным моментом является коллегиальное решение терапевта, хирурга и анестезиолога [2, 6].

Публикации клинических случаев всегда интересны с точки зрения обмена опытом и кооперации между врачами различных

специальностей, особенно при рассмотрении такой сложной патологии как холецистокардиальный синдром.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует тактику лечения острого деструктивного холецистита и острого инфаркта миокарда, своевременная диагностика, распознавание «маски» позволили избежать трагического исхода.

Информированное согласие на публикацию своих данных пациентом подписано.

Список литературы:

1. Боткин С.П. *Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции*. М.: Медгиз, 1950.
2. Трухан Д.И., Деговцов Е.Н., Давыдов Е.Л. Холецистокардиальный синдром в реальной клинической практике. *Медицинский совет*, 2021. № 4. С. 212–219. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-4-212-219>
3. Vasavan T., Ferraro E., Ibrahim E., Dixon P., Gorelik J., Williamson C. Heart and Bile Acids - Clinical Consequences of Altered Bile Acid Metabolism. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis*, 2018, 1864(4 Pt B), pp. 1345–1355. <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2017.12.039>
4. Еремина Е.Ю. Клинические варианты билиарной патологии. *Медицинский алфавит*. 2016. № 5(1). С. 25–31.
5. Meelu O.A., Baber U., Theodoropoulos K., Mennuni M.G., Kini A.S., Sharma S.K. Acute Cholecystitis and Myocardial Infarction: A Case Study with Coronary Involvement. *Clin Case Rep.*, 2016, № 4(8), pp. 793–796. <https://doi.org/10.1002/ccr3.621>
6. Оганезова И.А., Егорова С.В., Скворцова Т.Э., Медведева О.И. Холецистокардиальный синдром: проблемы дифференциальной диагностики. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2018. № 2. С. 110–114.

References:

1. Botkin S.P. *Internal Medicine Course and Clinical Lectures*. Moscow, Medgiz Publ., 1950. (In Russ.)
2. Truhan D.I., Degovcov E.N., Davydov E.L. Cholecystocardial syndrome in real clinical practice. *Medicinskij sovet*, 2021, № 4, pp. 212–219. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-4-212-219>
3. Vasavan T., Ferraro E., Ibrahim E., Dixon P., Gorelik J., Williamson C. Heart and Bile Acids - Clinical Consequences of Altered Bile Acid Metabolism. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis*, 2018, 1864(4 Pt B), pp. 1345–1355. <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2017.12.039>
4. Eremina E.Yu. Clinical variants of biliar pathology. *Medicinskij alfavit*. 2016, № 5(1), pp. 25–31. (In Russ.)
5. Meelu O.A., Baber U., Theodoropoulos K., Mennuni M.G., Kini A.S., Sharma S.K. Acute Cholecystitis and Myocardial Infarction: A Case Study

with Coronary Involvement. *Clin Case Rep.*, 2016, № 4(8), pp. 793–796. <https://doi.org/10.1002/ccr3.621>

6. Oganezova I.A., Egorova S.V., Skvorcova T.E., Medvedeva O.I. Cholecistocardiac syndrome: troubles of differential diagnosis. *Ekspperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*, 2018, № 2, pp. 110–114. (In Russ.)

Сведения об авторах:

Пономарев Александр Владимирович – главный врач МБУЗ ГБСМП. Россия, 344068, Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, 88/35, e-mail: aponomarev@inbox.ru, ORCID 0000-0002-3290-3285

Черкасов Михаил Федорович – профессор, д.м.н., заведующий кафедрой хирургии № 4 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, e-mail: cherkasovmf@mail.ru, ORCID 0000-0001-7587-8406

Бондаренко Вадим Александрович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии МБУЗ ГБСМП, Ростов-на-Дону; ассистент кафедры хирургических болезней № 1, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России». Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, e-mail: vadim-bondarenko@list.ru, ORCID 0000-0002-0142-0555

Турбин Михаил Васильевич – кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением МБУЗ ГБСМП, Ростов-на-Дону; ассистент кафедры хирургических болезней № 2, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России». Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, e-mail: turbin@list.ru, ORCID 0000-0002-0015-5542

Красенков Юрий Викторович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России. Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, e-mail: krasnikov001@yandex.ru, ORCID 0000-0001-9181-0647

Меликова Сабина Гаджиевна – врач хирург, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, e-mail: sarbonka@bk.ru, ORCID 0000-0002-1966-1664

Бондаренко Игорь Вадимович – врач-хирург, МБУЗ ГБСМП. Россия, 344068, Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, 88/35, e-mail: Bondarenko.ors@mail.ru, ORCID 0000-0001-9274-0791

Information about the authors:

Ponomarev Aleksandr Vladimirovich – chief physician, Urban Emergency Hospital. Russia; 344068, Rostov-on-Don, st. Bodraya, 88/35, e-mail: aponomarev@inbox.ru, ORCID 0000-0002-3290-3285

Cherkasov Mikhail Fedorovich – professor, MD, DSc, head of the Department of Surgery №4, Rostov State Medical University. Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky Lane 29, e-mail: cherkasovmf@mail.ru, ORCID 0000-0001-7587-8406

Bondarenko Vadim Aleksandrovich – PhD in Medicine, Deputy Chief Physician for Surgery, Urban Emergency Hospital, Rostov-on-Don, assistant of the Department of surgical diseases № 1, Rostov State Medical University. Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky Lane 29, e-mail: vadim-bondarenko@list.ru, ORCID 0000-0002-0142-0555

Turbin Mihail Vasil'evich – PhD in Medicine, head of the surgical department, Urban Emergency Hospital, Rostov-on-Don, assistant of the Department of surgical diseases № 2, Rostov State Medical University. Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky Lane 29, e-mail: turbin@list.ru, ORCID 0000-0002-0015-5542

Krasenkov Yrrij Viktorovich – PhD in Medicine, associate Professor of the Department of Operative Surgery, Clinical Anatomy and Pathological Anatomy, Rostov State Medical University. Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky Lane 29, e-mail: krasenkov001@yandex.ru, ORCID 0000-0001-9181-0647

Melikova Sabina Gadzhievna – surgeon, Rostov State Medical University. Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevansky Lane 29, e-mail: sarbonka@bk.ru, ORCID 0000-0002-1966-1664

Bondarenko Igor' Vadimovich – surgeon, Urban Emergency Hospital. Russia; 344068, Rostov-on-Don, st. Bodraya, 88/35, e-mail: Bondarenko.ors@mail.ru, ORCID 0000-0001-9274-0791